



Förderverein
Volleyball im
Weissacher Tal e.V.

AUFNAHMEANTRAG

bitte vollständig ausfüllen

Mitglieds-Nr.:

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ männlich weiblich

Straße: _____ PLZ/Ort/Ortsteil: _____

Telefon: _____ Eintritt: _____

E-Mail: _____ Bin bereits Mitglied bei SG Weissach im Tal
 TSV Allmersbach
 FVC Auenwald

Beitrag: 15 € / Jahr

Ich willige ein, dass der Förderverein Volleyball im Weissacher Tal e.V. im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus der Anmeldung und Mitgliederverwaltung ergeben, speichert und zu vereinsinternen Zwecken weiterverarbeiten darf.

Ich erkläre mich einverstanden, dass der Förderverein Volleyball im Weissacher Tal e.V. Bildmaterial, das im Rahmen von Vereinsveranstaltungen/-aktivitäten aufgenommen wurde, im Nachrichtenblatt, der Tageszeitung sowie auf der Vereins-Internetseite veröffentlichen darf.

Mit der Unterschrift erkenne ich die Satzung des Fördervereins Volleyball im Weissacher Tal e.V. an. Die Satzung des FVV kann in der Geschäftsstelle der SG Weissach im Tal eingesehen oder von der Internet-Seite volleyball.sgw-sport.de/fvv heruntergeladen werden.

Mir ist bekannt, dass:

- ein Austritt nur zum Ende eines Jahres (31.12.) möglich ist und in schriftlicher Form bis zum 15.11. des Jahres an die Geschäftsstelle erfolgen muss.
- jede Änderung der persönlichen Daten und der Bankverbindung umgehend dem Verein mitzuteilen sind.

Datum _____

✕

Unterschrift des Mitglieds, bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte
Mit der Unterschrift erklären wir uns/ich mich bereit, ggf. für die Forderungen aus dem Mitgliedschaftsverhältnis einzutreten (Schuldbeitritt)

SEPA – Lastschriftmandat (Wiederkehrende Zahlungen)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) Förderverein Volleyball im Weissacher Tal e.V. Kirchberg 9 71554 Weissach im Tal	Gläubiger-Identifikationsnummer DE79ZZZ00000940417 Mandatsreferenz (vom Verein auszufüllen) FVV
---	--

Ich/wir ermächtigen den Förderverein Volleyball im Weissacher Tal e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom FVV auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift

Erfasst: ____/____/____